

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 207)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LA
RÉSECTION OSTÉOPLASTIQUE
DU PIED

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE WLADIMIROFF

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 11 JUILLET 1885, A 2 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Florent LECOMPTE

de Billy-sous-Mangiennes (Meuse).

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

—
1885

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

SUR LA

RÉSECTION OSTÉOPLASTIQUE DU PIED

PAR LE PROCÉDÉ DE WLADIMIROFF



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547413_0059

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LA
RÉSECTION OSTÉOPLASTIQUE
DU PIED
D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE WLADIMIROFF

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 11 JUILLET 1885, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Florent LECOMPTE

de Billy-sous-Mangiennes (Meuse).



NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, 5, RUE DU CROSNE, 5

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. { ROUSSEL ✱, prof. adj. E. PARISOT, id.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, prof. M. BÉCHET, prof. adjoint.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.	
Histologie.....	M. BARABAN, id.	id.
Chimie médicale et Toxicologie..	M. GARNIER, id.	id.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
SCHMITT.
ROHMER.

MM. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, *président* ; MM. WEISS, BÉCHET, ROHMER.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

HOMMAGE RESPECTUEUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1885, nous avons eu l'occasion de voir exécuter la résection ostéoplastique du pied, procédé Wladimiroff Mikulicz, par notre agrégé de chirurgie, M. le docteur Rohmer.

Ce chirurgien voulut bien nous communiquer la relation du cas dont nous avons été témoin, et eut la bonté de nous indiquer plusieurs observations plus anciennes de la même résection ostéoplastique du pied.

La publication de ces observations fera la base de notre travail inaugural.

Nous ne voulons pas ici parler des différents moyens opératoires que l'on pourrait substituer au Wladimiroff. Nous essayerons seulement de tirer de nos faits cliniques quelques conclusions sur la valeur du procédé au point de vue de ses résultats immédiats et généraux.

Avant d'entrer en matière, nous adressons à M. le professeur Heydenreich et à M. Rohmer, agrégé de chirurgie, nos remerciements sincères pour leur bienveillance à notre égard.

PLAN

Le plan de notre ouvrage sera le suivant :

Dans un premier chapitre, nous donnerons succinctement l'histoire de la question.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons le procédé opératoire de la résection ostéoplastique du pied d'après Wladimiroff.

Dans un troisième chapitre, nous donnerons par ordre de date les observations communiquées et recueillies.

Dans un quatrième chapitre, nous exposerons quelques remarques résultant de ces observations et portant sur les indications opératoires, sur les conditions indispensables à la formation du cal et sur les résultats immédiats et généraux de l'opération.

Le travail sera terminé par les conclusions que nous aurons pu tirer de l'examen des faits étudiés.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR
L'OPÉRATION OSTÉOPLASTIQUE DU PIED
D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE WLADIMIROFF

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Une nouvelle opération ostéoplastique sur le pied a été décrite en 1881 (1).

Cette opération consiste dans l'application de la partie antérieure du pied sur la surface de section de l'extrémité inférieure des os de la jambe, de telle sorte que la face dorsale du pied se continue en ligne droite avec la face antérieure de la jambe. La plaie guérie, le malade marche en appuyant sur la tête des métatarsiens, les orteils étant dans l'extension forcée. L'issue favorable de cette opération, fait naître la question de son opportunité, de son droit

(1) Langenbeck's Archiv. für klinische Chirurgie, T. XXVI, p. 494.

d'existence dans la pratique chirurgicale et des processus pathologiques qui indiquent son application.

Les plaies et les ulcérations se cicatrisent parfois difficilement, parce qu'elles ont un siège anatomiquement défavorable ; ainsi, par exemple, pour obtenir la guérison d'une plaie transversale située sur la face antérieure du genou, il faut empêcher pendant quelque temps la flexion ; les ulcérations de la plante du pied persistent quelquefois pendant des années, tant que le malade marche.

Le talon est une région très défavorable à la cicatrisation d'une surface bourgeonnante ; car, d'une part, celle-ci est continuellement comprimée dans la marche, lorsque le malade appuie sur la plante du pied ; d'autre part, lorsqu'il cherche à éviter cette compression, en ne marchant que sur la pointe du pied et en le plaçant instinctivement dans l'extension forcée, la surface bourgeonnante est tirailée, et ce tiraillement persiste tant que l'articulation tibio-tarsienne reste mobile.

La guérison définitive ne deviendrait donc possible qu'avec l'ankylose complète. A la partie postérieure de la plante du pied, les lésions ne sont pas rares, on observe les fractures, les plaies par traumatisme, les ulcérations intéressant les téguments seuls, ou bien dépendant de quelque lésion du calcanéum.

Une des lésions fréquentes des os du pied, l'ostéite tuberculeuse, ne frappe souvent qu'un seul os du tarse, parfois deux ou trois, le reste du squelette du pied restant intact.

On cite (1) un cas d'ostéo-sarcome central du calcanéum chez un homme d'une quarantaine d'années. Considérons donc le cas le plus simple ; si le malade n'a qu'une lésion du calcanéum seul, du calcanéum et de l'astragale à la fois, ou enfin de l'articulation tibio-

(1) Bulletin de la Société de chirurgie de Moscou, 1882, par M. Wilbouschewitch.

tarsienne et que cette lésion nécessite une intervention chirurgicale, on a le choix entre les procédés suivants : l'ablation partielle de l'os malade, la résection du pied d'après le procédé de Syme, l'opération ostéoplastique par le procédé de Pirogoff, et l'amputation de la jambe à son extrémité inférieure.

Toujours, excepté dans le premier cas, le pied est sacrifié tout en n'ayant qu'un ou deux os malades.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on pratiquait l'amputation de la jambe au lieu d'élection ; on comptait parmi les indications de cette amputation l'avantage bien fictif que le malade avait d'être débarrassé de cette extrémité qui le gênait dans l'adaptation de sa jambe de bois ; on la pratiquait dans bien des cas, alors que le malade était estropié par une ulcération persistante du pied, et du talon en particulier.

Faire perdre au malade dans des circonstances pareilles un membre relativement sain, c'était trop ; mais lui donner la possibilité de se servir dans la marche de son propre pied comme point d'appui, au lieu de la jambe de bois dont il est obligé de se servir, voilà ce qui est naturel et dicté au chirurgien par le sentiment de l'humanité.

Le docteur Jos. Mikulicz, en décrivant une nouvelle opération sur le pied, dit que depuis longtemps déjà il s'était demandé « s'il n'y avait pas moyen de conserver quelquefois dans des affections pareilles la partie saine du pied. » Mais nous croyons devoir rétablir, pour la vérité historique, un fait oublié. L'idée de prolonger les os de la jambe par la partie antérieure saine du pied, appartient à un médecin russe.

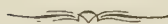
M. Sklifossowski (1), de Moscou, réclame la priorité de l'opération en faveur de Wladimiroff, de Kazan ; car, en 1872 déjà, il a exécuté

(1) Traduit du Bulletin de la Société de chirurgie de Moscou, 1882, par M. Wilbouschewitch.

cette opération pour les mêmes indications et par le même procédé que dans le cas de Mikulicz ; et en 1873, l'opération du docteur Wladimiroff, couronnée d'un parfait succès, a été l'objet de vifs débats au quatrième congrès des naturalistes et des médecins russes à Kazan. Depuis 1873, cette opération a été pratiquée en Russie trois autres fois. C'est en 1881 que Mikulicz pratiqua cette opération sur une femme de 27 ans ; et, en 1883, il fit encore la résection ostéoplastique du pied sur un jeune homme de 16 ans.

Socin répéta cette opération sur une jeune fille de 16 ans. Le docteur Lauenstein, de Hambourg, présenta un malade opéré par lui d'après la méthode de Mikulicz. Il rapporte également l'observation de huit malades opérés par ce procédé. Un malade entré à l'hôpital de Groningue, fut opéré par W. Reussen, par le procédé de Wladimiroff, en 1884.

Le 4 avril 1885, le docteur Rohmer, agrégé de la Faculté de Nancy, entreprit la même opération.



CHAPITRE II

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

L'opération de la résection partielle du pied, par le procédé de Wladimiroff, se fait de la manière suivante (1) :

Le malade anesthésié est couché sur le côté opposé au membre malade.

Une première incision va d'un bord à l'autre de la plante du pied, en pénétrant jusqu'aux os, au niveau de la partie moyenne du sca-phoïde et du cuboïde. Aux extrémités de cette incision, se joignent deux autres incisions latérales, allant jusqu'aux sommets des malléoles interne et externe ; une incision transversale immédiatement au-dessus de la tubérosité calcanéenne réunit enfin les deux dernières.

L'articulation tibio-tarsienne est ouverte par la dernière incision en arrière, le pied énucléé ; les parties molles de la face dorsale sont

(1) Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, T. XXVI, p. 494.

séparées du squelette avec précaution, de façon à ne pas découvrir l'artère dorsale du pied. Puis vient l'énucléation du tarse sur la ligne de Chopart.

L'opération est terminée par deux sections, passant l'une par la partie moyenne du cuboïde et du scaphoïde, l'autre immédiatement au-dessus de la surface cartilagineuse du tibia.

On trouve les surfaces articulaires réunies par des fibres de tissu conjonctif, dans l'articulation tibio-tarsienne et dans l'articulation de Chopart.

La surface de section des os du tarse est appliquée sur la surface de section des os de la jambe, de façon à ce que la face dorsale du pied se continue en ligne droite avec la face antérieure de la jambe.

Deux sutures osseuses faites avec du gros fil (n° 4) réunissent les surfaces de section. Trois sutures profondes et d'autres superficielles réunissent les parties molles.

La plaie est recouverte de gaze iodoformée (100 0/0) ; la jambe et le pied sont maintenus dans leur position par deux attelles en plâtre, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Le docteur Lauenstein, de Hambourg, présenta un malade opéré par lui suivant la méthode de Mikulicz. Cette opération consistait en une section horizontale du tibia et du péroné au-dessus des malléoles, avec section verticale du pied à travers le scaphoïde et le cuboïde. On enlève ainsi l'astragale, le calcanéum, et la partie correspondante du scaphoïde et du cuboïde. Les surfaces osseuses ainsi avivées sont affrontées ; le pied se trouve par suite dans un équinisme absolu, et son axe fait directement suite à celui de la jambe qu'il prolonge. Les orteils, portés en extension, reposent seuls sur le sol avec l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Le malade présenté marche parfaitement avec un simple appareil à tiges parallèles à l'axe de la jambe, analogue à celui qu'on a coutume d'appliquer à la suite de l'amputation de Pirogoff.

Lauenstein rapporte ensuite l'observation de huit malades qu'il a opérés par ce procédé : un pour ostéite syphilitique du pied, les sept autres pour carie. De ces derniers, quatre furent définitivement guéris ; deux moururent de phthisie pulmonaire, avant la fin de l'année ; et, dans un cas seulement, on dut faire l'amputation secondaire de la jambe.



CHAPITRE III

OBSERVATION I.

Opération pour carie, d'après Mikulicz (1).

En 1881, au 10^{me} Congrès des chirurgiens, le professeur Mikulicz présenta un malade qu'il avait opéré d'après sa méthode. Voici les indications qu'il donna : « Le talon portait des lésions qui s'étendaient sur les parties environnantes. Le calcanéum était carié, et l'articulation attenante était également atteinte. L'ulcération de la peau du talon était très étendue. C'est pour cette dernière raison que l'opération fut entreprise. Le résultat fut assez satisfaisant. »

OBSERVATION II.

Opération pour inflammation tuberculeuse, d'après Mikulicz (2).

Une femme âgée de 27 ans souffrait, depuis un an d'une inflammation tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne, inflammation qui augmentait toujours, malgré l'extirpation d'un séquestre et malgré le raclage des parties cariées.

(1) Centrallblatt für Chirurgie, n° 1, 1884.

(2) Centrallblatt für Chirurgie, n° 1, 1884.

En octobre 1881, le professeur Mikulicz pratiqua sa résection ostéoplastique, absolument comme elle est décrite dans les Archives de Langenbeck's (1).

Résultat : Guérison de la plaie par première intention ; au commencement de décembre, la malade put essayer de marcher.

Le pied opéré s'était allongé de un centimètre et demi à deux centimètres ; un talon plus élevé rétablit l'équilibre avec l'autre pied.

Vers le 15 janvier, la malade s'alita de nouveau, parce qu'elle était atteinte de tuberculose pulmonaire.

Elle mourut vers la fin de juillet.

Le pied était intact et ne portait aucune trace de récurrence locale.

OBSERVATION III.

Opération pour inflammation tuberculeuse, d'après Mikulicz (2).

Un garçon de 16 ans se donna une entorse du pied droit il y a un an. Quatre mois après l'accident, le pied enfla considérablement ; et, dans l'espace de 8 mois, tous les symptômes d'une inflammation tuberculeuse de l'articulation se développèrent, avec de nombreuses fistules dans la région du talon.

(1) Archives de Langenbeck's, tome XXVI.

(2) Centrallblatt für Chirurgie, n° 1, 1884.

Le 20 janvier 1883, on fit la résection ostéoplastique du pied ; le cuboïde et le scaphoïde ne paraissant pas sains, furent soigneusement grattés. La guérison par première intention fut obtenue à l'aide de deux bandages.

Vers le 15 mai, l'opéré pouvait très bien marcher à l'aide d'une canne et d'un appareil qui le soutenaient. L'allongement du pied, un centimètre et demi, n'entrava en rien la marche. Six mois après l'opération, mais toujours muni de son appareil, le malade put marcher assez longtemps sans éprouver de douleur ; privé de son appareil, il ne pouvait marcher sans se servir d'une canne.

La plaie est complètement guérie, et n'a laissé qu'une cicatrice à peine visible. Les os sont solidement ressoudés.

Mikulicz énumère ainsi les avantages de l'opération : « Elle préserve contre les récidives locales du processus tuberculeux, parce qu'on opère sur des parties saines ; ou, si elles ne le sont pas, toutes les parties malades, même les plus petites, peuvent être enlevées.

L'utilité du moignon est, sans nul doute, plus grande dans cette nouvelle opération, que dans celle qui a lieu vers la partie inférieure de la cuisse, plus grande peut être aussi que dans celle de Pirogoff ; car, en conservant les doigts du pied, l'opéré peut marcher d'un pas plus élastique. »

De nouvelles et plus longues observations en décideront.

L'allongement du pied, qui dans la dernière opération n'était que de un centimètre et demi, ne présente pour ainsi dire aucun inconvénient, et peut être compensé par l'élévation de l'autre talon.

En faisant l'opération, il faut avoir soin d'adapter exactement les os, de manière que le pied repose dans l'axe prolongé de la partie inférieure de la cuisse ; il faut même qu'il soit maintenu dans cette position par des bandages et des attelles appropriées. Si le pied quittait cette situation, on pourrait après 4 à 6 semaines y remédier par le redressement.

Déjà pendant l'opération, les doigts de pied doivent être relevés à angle droit ; si, pendant la guérison de la plaie, ils ne gardent pas

cette position, l'extension forcée, pratiquée pendant le sommeil chloroformique, suffira pour les maintenir dans la situation nécessaire à la marche.

OBSERVATION IV.

Opération pour carie, d'après Socin (1).

Socin opéra une jeune fille de 22 ans, atteinte de carie dans la région du pied ; la guérison fut également prompte et durable ; le pied s'allongea de trois centimètres et demi.

OBSERVATION V.

Opération pour ulcère, d'après la traduction de M. Wilbouschewitch (2).

Le malade Griboff (Michaïl), âgé de trente ans, est entré dans le service dans l'état suivant :

Il avait sur le talon du pied droit un ulcère long de 6 centimètres, large de 4 centimètres et profond de 3 centimètres ; le fond sale, les

(1) Centrallblatt für Chirurgie. n° 1, 1884.

(2) Traduit du Bulletin de la Société de Chirurgie de Moscou, 1882, par M. Wilbouschewitch.

bords élevés, épithéliomateux. L'ulcère commençait à deux travers de doigts au-dessous de la tubérosité calcanéenne et se terminait sur la plante du pied, au niveau d'une ligne qui croiserait la plante en passant par le milieu du cuboïde et du scaphoïde ; dans le fond de l'ulcère on sentait l'os dénudé ; la tubérosité calcanéenne était notablement effacée ; le pied était dans l'extension ; les mouvements actifs et passifs de l'articulation tibio-tarsienne étaient limités, et, si on les forçait un peu, il y avait du craquement.

La jambe était enflée, la peau pigmentée, infiltrée et parcourue de veines dilatées.

Antécédents : parents bien portants, Griboff bien portant dans l'enfance.

A l'âge de 15 ans, en glissant sur la glace, il s'est blessé à la tête ; à la suite de quoi il a eu, pendant 5 ans, à intervalles divers, des douleurs dans le front et au-dessus des sourcils, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Marié à 20 ans ; 5 enfants, dont 3 morts petits. A 19 ans, Griboff vint à Pétersbourg et s'y occupa de travaux pénibles ; il charriait des briques et autres matériaux de construction.

En travaillant, il s'écorcha le pied droit au niveau de la malléole externe ; peu à peu la plaie augmenta, et bientôt toute la jambe jusqu'au genou était enflée ; l'ulcération s'étendit vers le talon et resta près d'un mois dans cet état. Une année et demie après le début du mal, neuf ans avant d'entrer dans notre service, le malade commença à panser sa plaie à l'eau régale ; elle augmenta, devint douloureuse ; une suppuration abondante s'établit, des fragments d'os nécrosés se détachèrent quelquefois.

En 1880, le malade fut soigné à la clinique chirurgicale de la Faculté de Moscou. Après l'avoir quittée sans être guéri, il alla à l'hôpital Pétropavlowk, y resta quatre mois pour en sortir dans le même état.

Quand Griboff n'appuyait pas sur le pied malade en marchant avec des béquilles pendant quelques mois, l'ulcère guérissait, pour reparaître dès que le malheureux recommençait à se servir de son pied droit.

Telle est sa triste histoire pendant neuf ans. Jeune, bien bâti, d'une santé parfaite, Griboff était estropié, privé de sa jambe droite. Quelques jours après son entrée dans notre service, le malade eut une lymphangite de la jambe droite, ayant pour point de départ l'ulcération; elle dura quatre jours, et nous apprîmes que des lymphangites pareilles s'étaient répétées souvent depuis les neuf ans que durait la maladie; c'est là, probablement, la cause de la pigmentation de la jambe.

On conseilla au malade de rester couché la jambe élevée, et la cicatrisation fut bientôt obtenue en faisant la compression sur l'ulcération; mais cette guérison ne pouvait être durable, bien entendu: le malade en avait fait l'expérience bien des fois. Nous lui avons proposé l'intervention chirurgicale, et il consentit avec plaisir en apprenant qu'après l'opération il serait en état de se servir de son pied.

L'opération a été faite le 13 janvier 1882; le 18 janvier, la température vespérale monta à 38° 7 c.; le lendemain, elle redevint normale. A partir du 21 janvier, la température vespérale monta régulièrement; cet état dura jusqu'au 1^{er} février; elle dépendait de la formation d'un foyer purulent sur le dos du pied, près de l'angle externe de la plaie.

L'ouverture de l'abcès fit retomber la température au niveau normal, et la cicatrisation de la plaie se fit sans autre complication. Elle s'acheva facilement et le malade marcha au bout de peu de temps en s'appuyant sur le pied opéré. Une réunion solide s'était faite entre les surfaces de section; elle correspondait approximativement à l'endroit de la première incision transversale.

En prenant l'extrémité antérieure du pied avec une main, en fixant avec l'autre la jambe au-dessus de la cicatrice, on obtient de légers mouvements de flexion et d'extension, qui paraissent se faire au niveau de cette cicatrice. Mais il est facile de voir, en examinant plus attentivement, que ces mouvements se produisent au niveau des articulations tarso-métatarsiennes; cette mobilité ne gêne pas la marche; tout au contraire, elle la rend plus légère, croyons-nous, en prêtant quelque élasticité à la partie antérieure du pied. Quand le malade appuie sur le pied droit, les orteils s'étendent, le poids du corps porte sur les têtes des métatarsiens et la face plantaire des orteils.

La flexion des orteils se fait facilement : ce qui a été obtenu par l'exercice quotidien, commencé aussitôt que la réunion des os était assez solide.

Griboff ne marche pas encore très bien, mais on peut espérer que l'habitude rendra sa démarche toujours plus ferme et plus libre.

La mensuration a montré une différence de 1 centimètre seulement entre les deux membres. Pour le membre droit, nous avons pris la distance depuis l'épine iliaque antérieure supérieure et la tête du premier métatarsien, dans la position horizontale du malade ; pour la jambe gauche, distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord interne de la plante du pied au niveau du talon. Une différence aussi insignifiante dans la longueur des membres inférieurs ne peut pas gêner la marche ; on peut y remédier facilement en élevant de 1 centimètre la semelle correspondante. Et d'ailleurs, il est peut-être inutile de recourir même à ce moyen ; le malade effacera la différence en abaissant instinctivement le côté correspondant du bassin.

OBSERVATION VI

Opération pour fracture compliquée. — D'après W. Reussen (1)

Contribution à la résection ostéoplastique du pied par le procédé de Mikulicz.

Le malade dont il est ici question, s'était fait, il y a un an, une fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe. Durant 20 jours, il resta sans aucun soin, et plus tard il fut traité par la méthode conservatrice.

(1) Analyse in Centralblatt für Chirurgie, n° 15. 1885.

Il entra alors au service de Ranke, à Groningue ; et lors de son entrée, il se trouvait dans l'état suivant : Le pied droit était en équinisme avec légère rotation en dedans. Le bord externe de la jambe faisait avec le pied une saillie en forme de baïonnette. Les axes longitudinaux du pied et de la jambe étaient à peu près parallèles. En dedans, le pied était relié par un pont de 8 cent. de largeur à la partie externe de la jambe, et très peu mobile. La différence de longueur entre le tibia gauche (y compris la malléole) et le reste du tibia droit était de 4 cent. 1½. Le genou en extension ne pouvait être fléchi que de 15°. Toute la jambe était œdématisée ; ça et là, on voyait des cicatrices et des traces d'anciens abcès survenus à la suite d'une thrombose veineuse. Des plaques d'eczéma s'étendaient jusqu'au genou. La partie inférieure du tibia présentait une cicatrice adhérente à l'os, et le centre de cette cicatrice se trouvait ulcéré.

Pendant quatre mois, le malade suivit un traitement préparatoire, jusqu'à ce que la peau fut normale et que le genou put être fléchi à angle droit.

On pratiqua alors l'opération Wladimiroff Mikulicz, en y apportant de légères modifications en rapport avec l'état du malade. Le bas de la jambe fut sectionné sur une longueur qui permettait d'obtenir une surface plane. Les surfaces de section de l'os furent mises en contact avec un simple déplacement du pied en dedans. Il ne se produisit presque pas de voussure sur la face dorsale du pied. La rétraction de la peau et des parties molles sous-jacentes suffirent pour empêcher cette voussure.

En arrière et en dedans, le lambeau ne suffisait pas pour une suture linéaire. Pansement au thymol avec attelle antérieure. Le premier pansement resta en place 9 jours, le deuxième 14 jours. La plaie de la partie postérieure et interne se couvrit bientôt de bourgeons charnus. Toutefois la cicatrisation fut lente.

Pendant deux mois, on appliqua un appareil plâtré fenêtré. Deux mois plus tard, les doigts de pied furent fléchis sur le dos, sous l'influence du sommeil chloroformique. Un nouvel appareil plâtré fut appliqué, et le malade se leva 15 jours après. 7 mois ½ après l'opération,

le malade quitta l'hôpital avec un raccourcissement de 3 cent. 1½ de la jambe droite, et se servit du souleir de Mikulicz.

OBSERVATION VII

Opération pour ostéite tuberculeuse. — Observation recueillie à l'hôpital civil de Nancy.

Le nommé Paquotte Eugène, âgé de 30 ans, travaillant à la campagne, entre au service de chirurgie le 21 mars 1885. Il occupe le lit 7 de la salle 1.

Au début, le malade ne présente aucun symptôme de scrofule, bien qu'il porte deux cicatrices au membre inférieur gauche : l'une est située à environ 2 centimètres au-dessous de l'arcade du pubis, vers la partie moyenne du triangle de Scarpa ; l'autre occupe le tiers inférieur et interne du tibia.

Néanmoins, nous pouvons dire dès maintenant que Paquotte est scrofuleux ; car, dans la suite, nous aurons à observer plusieurs gommes sous-cutanées dans la région du poignet droit. Le malade dit avoir été toujours bien portant jusqu'en 1878, époque à laquelle il fut atteint d'une pleurésie qui le força à interrompre ses occupations pendant près d'un an. Un an plus tard, c'est-à-dire il y a 6 ans, le malade fit un faux pas et sentit une vive douleur au pied gauche ; il continua néanmoins son travail sans être trop incommodé, jusqu'à ce que 8 jours plus tard, un gonflement considérable étant survenu au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche, il dut garder le lit ; il mit des cataplasmes sur la région malade, et un abcès qui survint fut ouvert par un chirurgien.

Quelques jours après, la marche était possible ; les mouvements du pied étaient absolument libres, non douloureux ; mais parfois le pied était enflé à la fin de la journée, et une fistule persistait au niveau de l'abcès. La lésion aurait commencé vers la région externe du pied ; tout autour, d'autres abcès se formèrent successivement dans le voisinage, affectant de préférence la région postérieure, et laissèrent à leur suite des trajets fistuleux qui durèrent très-longtemps.

Le malade marcha néanmoins sans trop de gêne jusqu'au commencement de janvier 1885 ; à ce moment, il ne put poser le pied à terre et prit des béquilles. Un gonflement considérable était survenu, surtout à la partie interne du pied ; et une douleur très-vive à ce niveau, empêchait le malade de se servir de son membre. Trois ou quatre semaines après, un abcès s'ouvrit à la partie interne du tendon d'Achille, et une fistule subsista.

Il y a un an, au mois de février, le malade avait constaté des lésions analogues au membre supérieur droit : en effet, aux faces antérieure et postérieure de l'avant-bras, plusieurs abcès se formèrent ; les uns s'ouvrirent spontanément, les autres furent ouverts par un médecin.

Les ouvertures devinrent fistuleuses comme au membre inférieur.

Etat actuel : Le malade, sans être fort, n'est pas dans un état général aussi mauvais que pourraient le faire soupçonner ces nombreuses lésions.

Depuis un mois ou deux, cependant, l'amaigrissement survient assez rapidement, et l'appétit disparaît.

La température oscille entre 38° et 39°. Les lésions du membre inférieur sont les suivantes : toute la région du cou de pied est sillonnée d'abcès fistuleux, de cicatrices ; les téguments voisins des fistules sont œdématiés, d'une coloration grisâtre.

L'œdème s'étend à tout le pied ; deux ouvertures fistuleuses se remarquent particulièrement : l'une au niveau de la malléole externe, l'autre à la partie interne du tendon d'Achille.

L'exploration au stylet révèle des trajets profonds dans les parties molles péri-articulaires ; la fistule externe communique largement avec la fistule postéro-interne.

Les téguments sont décollés sur une vaste surface. Cependant, on ne rencontre pas de surface osseuse dénudée.

Les mouvements spontanés du pied sont impossibles ; les mouvements passifs sont difficiles et douloureux, surtout dans le sens de la flexion et de l'extension ; les mouvements d'adduction et d'abduction sont un peu plus étendus et moins douloureux.

Les mouvements que l'on produit dans les articulations médio-tarsiennes et sous-astragaliennes ne sont pas douloureux.

Au membre supérieur, on remarque des lésions analogues, mais moins avancées : des fistules encore ouvertes, existent vers la partie moyenne du deuxième métacarpien et vers son extrémité inférieure.

Elles semblent communiquer avec des décollements superficiels.

24 mars. Pansement phéniqué humide. Le pied est un peu moins enflé depuis que le malade est au repos ; cependant un gonflement très-marqué existe encore à la région interne.

25 mars. On constate une collection manifeste un peu au-dessous de la malléole interne. Incision au bistouri. Ecoulement d'un pus bien lié, extrêmement abondant. On tombe avec un stylet sur l'os malade ; les trajets fistuleux font maintenant tout le tour du cou de pied.

26 mars. Température 39°—39° 8.

29 mars. Depuis 3 jours la fièvre se maintient à 39°. Le malade se trouve mieux.

30 mars. Nouvel abcès au niveau de la partie externe du carpe.

Incision et raclage. On en profite pour débarrasser un peu des nombreuses fongosités qui les envahissent, les fistules encore ouvertes. On ne trouve, du reste, ici, que des gommes superficielles.

Injection à l'acide phénique fort $\left(\frac{1}{20}\right)$

Pansement iodoformé.

3 avril. Température 39° à 40°. L'état général du malade s'aggrave de plus en plus ; la fièvre persiste, les abcès du membre inférieur donnent toujours avec abondance et répandent une odeur infecte.

Cependant le malade se résout difficilement à une opération radicale.

Comme, en définitive, la partie inférieure de la jambe n'est que peu altérée, que la partie antérieure du pied est absolument saine, on se décide à faire une résection ostéoplastique du pied d'après le procédé indiqué récemment par Wladimiroff.

C'est M. Rohmer, agrégé de chirurgie, qui entreprit l'opération.

Nous allons, ici, décrire en quelques mots son manuel opératoire :

Le malade est anesthésié, et couché sur le côté droit. On lui applique la bande d'Esmarck. On fait une première incision intéressant les parties molles jusqu'aux os, allant d'un bord à l'autre de la plante du pied, au niveau de la partie moyenne du scaphoïde et du cuboïde. Des deux extrémités de cette incision, on fait partir deux incisions latérales allant jusqu'au sommet des malléoles.

Enfin, par une troisième incision transversale faite au-dessus de la tubérosité calcanéenne, on réunit les deux incisions verticales.

Cela fait, on attaque par la partie postérieure l'articulation tibio-tarsienne que l'on parvient à ouvrir avec la plus grande facilité ; on énuclée ainsi l'arrière-pied, en rasant de près le squelette de façon à en détacher les parties molles de la face dorsale sans léser l'artère.

On arrive ainsi au niveau de l'interligne de Chopart, que l'on ouvre pour achever l'énucléation du pied. Puis on fait à la scie deux sections : l'une passant par la partie moyenne du scaphoïde et du cuboïde ; l'autre intéressant les deux os de la jambe, immédiatement au-dessus de la surface cartilagineuse du tibia.

Le péroné présentant encore des lésions avancées au niveau de la surface de section, on est obligé d'en enlever encore à peu près un centimètre et demi. On applique alors les deux surfaces osseuses ainsi avivées, l'avant-pied dans le prolongement de l'axe de la jambe. Les téguments sont réunis par des sutures métalliques, et on ménage de chaque côté deux ouvertures qui permettent de drainer largement.

— Pansement de Lister. — Pour assurer l'immobilité, on fixe le membre sur une attelle en carton que l'on fixe solidement à l'aide de bandes en tarlatane mouillées.

A l'examen des parties osseuses que l'on vient d'enlever, on constate les lésions suivantes : la mortaise péronéo-tibiale est atteinte dans presque toute son étendue; l'os est tellement friable, que le stylet pénètre sans effort; c'est surtout au niveau des malléoles que l'ostéite est intense; la lésion du tibia s'arrête un peu au-dessus de la surface cartilagineuse; mais une zone de congestion assez forte existe encore au niveau de la surface de section.

Quant au péroné, il semble être malade sur une longueur de quatre à cinq centimètres.

L'astragale ne présente pas de lésions aussi avancées; elles existent cependant sur toute la poulie et sur la face externe; l'os est en grande partie raréfié et l'on y enfonce un stylet sans le moindre effort; les surfaces articulaires sont intactes du côté du calcanéum, on ne remarque que deux points d'ostéite, un de chaque côté de la tubérosité postérieure.

Les surfaces articulaires sont intactes. Le scaphoïde et le cuboïde sont en très bon état.

Soir de l'opération. — Le malade n'a pas plus de fièvre que d'habitude; la réaction est peu vive. Il ne se plaint d'aucune douleur. Température 39° à 40°.

4 avril. Pansement.

9 avril. Pansement. Bon état. Pas de gonflement ni de rougeur; pas de douleur; suppuration abondante.

L'état général du malade est bien amélioré; l'appétit revient peu à peu. La température n'atteint pas 39°.

13 avril. Très bon état. Le malade reprend des forces peu à peu. La température oscille entre 37° et 38°. Le membre est toujours dans le même état.

20 avril. Ouverture et raclage d'une gomme située à la face externe de l'extrémité supérieure du premier métacarpien droit.

25 avril. Pansement. Depuis quatre jours, la température remonte de nouveau, 38° à 39°,4.

Aujourd'hui, le malade se plaint d'une douleur assez vive au poignet. Assez bon état du pied, mais aucune trace de consolidation ; suppuration toujours abondante.

Les côtés interne et externe de la plaie commencent à prendre une coloration gris sale, comme celle des téguments qui environnent les fistules.

On découvre un nouvel abcès au côté externe du poignet. On y passe un drain qui sort par une ouverture située à la face dorsale.

27 avril. Pansement. Température, 38° à 39°. La coloration gris sale des deux extrémités des lambeaux au membre inférieur s'accroît.

Œdème considérable limité à la région interne et remontant le long de la jambe.

Douleur, fluctuation, ouverture d'un abcès à huit ou dix centimètres au-dessus de la malléole interne.

4 mai. — Pansement. Même état. La cicatrisation n'avance pas. L'état général du malade s'affaiblit de jour en jour. L'appétit diminue. Collection purulente de la grosseur d'une noisette au niveau de la tête du 4^e métacarpien. Incision et passage d'un tube dans un trajet qui traverse toute la face dorsale de la main, pour aboutir au côté externe.

11 mai. — Pansement du pied et de la main. Suppuration abondante. Odeur infecte ; le mauvais état du malade empire tous les jours. Comme on craint qu'il ne puisse faire les frais d'une suppuration encore longtemps prolongée, on lui propose l'amputation, qu'il réclamait déjà depuis un certain temps.

15 mai. — Amputation de la jambe au lieu d'élection à lambeau externe.

Après l'amputation. — L'examen du membre amputé vient confirmer les craintes que l'on avait au sujet de la consolidation ; en effet, celle-ci est fort peu avancée ; on remarque cependant de rares jetées osseuses ; la consolidation fibreuse est plus avancée.

La lésion primitive reparait sur le tibia, surtout sur la partie antéro-interne ; on remarque aussi des points d'ostéite raréfiante, au niveau du scaphoïde et du cuboïde primitivement sains.

En somme, on peut conclure de cet examen qu'étant donné l'état général du sujet, son épuisement, il n'aurait jamais pu fournir aux frais de la réparation, d'autant plus que de nouvelles lésions se manifestaient sur les surfaces mises en contact.

16 mai. — Temp. = 38° 2 — 38° 5. Le malade ne se plaint d'aucune douleur.

18 mai. — Pansement. Très bon état. Pas de tension.

21 mai. — Pansement. On enlève 2 fils de suture, le 2^e et le 4^e; les 3 autres sont laissés en place.

23 mai. — Pansement. On enlève les autres fils. Peu de suppuration par les drains. Très bon état. Le malade va beaucoup mieux; il mange avec appétit. On remplace le Lister par un pansement iodoformé.

31 mai. — Le pansement a été en place 8 jours. Bon état. La cicatrisation marche rapidement. Le malade a un peu de diarrhée. Pilules ext. thébaïque et sous-nitrate de bismuth.

7 juin. — Pansement. Depuis 8 jours, l'état général du malade a été moins bon; il a une diarrhée très abondante, et la température a remonté à 38° 8.

15 juin. — Pansement. La cicatrisation s'est un peu arrêtée au membre inférieur. Cependant l'état local n'est pas mauvais.

La température est à 39°. Rien dans l'état local ne pouvant expliquer cette fièvre, on cherche du côté des poumons, et on trouve au sommet droit un souffle très net, des sibilances, et quelques craquements fins.

Des signes suspects avaient été observés déjà en ce même point, lors de l'arrivée du malade à l'hôpital, mais d'une façon toute passagère. Cependant le malade ne tousse pas et ne crache pas. L'appétit a diminué depuis 15 jours.

19 juin. — On constate une collection purulente au niveau de la partie inférieure du deuxième espace intermétacarpien.

Ouverture et raclage. C'était une gomme superficielle. On s'attendait à trouver une lésion osseuse. On racle aussi avec la curette toutes les autres ouvertures fistuleuses de la région, c'est-à-dire en 8 places différentes.

Beaucoup de fongosités. Injection phéniquée forte. Pansement iodoformé.

T. = 38°2 -- 39°.

24 juin. — Pansement. La cicatrisation de la jambe se fait. La plaie se rétrécit, et le lambeau externe qui, primitivement, paraissait très grand, n'a plus que juste la longueur voulue. Le soir, température 39°. Le malade est porté au soleil toute la journée. Il reprend un peu d'appétit, et son état devient meilleur. Pansement de la main. Suture de toutes les plaies. La partie antérieure du poignet a un assez bon aspect.

En somme, les lésions locales de notre malade sont bien améliorées. La plaie de la jambe se terminera d'une façon favorable. Les résultats pour la main sont douteux. Nous craignons que le malade ne succombe à la tuberculose pulmonaire.



CHAPITRE IV.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LE PROCÉDÉ DE WLADIMIROFF.

Résultats immédiats. Guérison. — Nous aurions voulu, ici pouvoir calculer la durée de la guérison chez les différents malades cités dans nos observations. Mais, malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver que 3 cas où les opérateurs nous ont indiqué le temps qui séparait l'opération de la guérison définitive.

Mikulicz, dans sa deuxième opération, (observation II), arrive au chiffre minimum de 60 jours, et à celui de 130 jours pour sa 3^e opération (observation III). Reussen, à Groningue (observation VI), nous donne le chiffre maximum de 210 jours. Nous voyons, d'après ces données, que la durée de cicatrisation varie beaucoup.

Accidents consécutifs à l'opération. — Les accidents que nous avons eus à noter sont les suivants :

Chez Griboff (observation V), 8 jours après l'opération il se forma un abcès sur le dos du pied près de l'angle externe de la plaie. Chez l'opéré du docteur Rohmer (observation VIII), on constata une suppuration abondante au niveau du pied et de l'œdème de la jambe malade.

Nous attribuons ces lésions à la récurrence locale. De nos 16 opérés, 3 moururent de tuberculose pulmonaire. Les autres opérés guérissent sans complications.

La guérison du malade n'est obtenue qu'au prix d'une cicatrice, soit osseuse, soit fibreuse. Nous dirons un mot à ce sujet dans la partie de ce chapitre intitulée : Indications et contre-indications opératoires.

Résultats fonctionnels. — Lorsqu'on a obtenu la cicatrisation des parties molles et qu'un cal soit osseux soit fibreux s'est formé, les orteils portés en extension, reposent seuls sur le sol avec l'extrémité antérieure des métatarsiens. Un simple appareil à tiges parallèles à l'axe de la jambe, analogue à celui qu'on a coutume d'appliquer à la suite de l'amputation de Pirogoff, peut permettre au malade de marcher.

Il n'est pas rare de voir (observation V) une certaine mobilité se produire au niveau des articulations tarso-métatarsiennes.

Loin de gêner la marche, cette mobilité la rend plus légère en prêtant quelque élasticité à la partie antérieure du pied. L'habitude rend la démarche toujours plus ferme et plus libre. Quant à la différence de longueur du membre opéré, elle varie entre 1 cent. (observation V), 2 cent. (observation II), 3 cent. 1/2 (observations IV et VI).

Le soulier de Mikulicz, dont nous avons déjà parlé, remédie avantageusement à cette différence de longueur.

Nous voyons donc que la démarche est possible après la résection ostéoplastique du pied par le procédé de Wladimiroff. Comme la réunion des os réséqués peut se faire à l'aide d'un cal, soit osseux, soit fibreux, nous dirons que, dans le 1^{er} cas, la mobilité du pied est moins grande ; car les os rapprochés se sont ankylosés. Dans le second cas, le cal fibreux forme une sorte d'articulation qui diminuera la solidité du pied, mais en augmentera la souplesse et l'élasticité.

Si nous n'avions à craindre la rupture de ce cal fibreux à la suite

d'un effort dans la marche, nous donnerions la préférence à la formation d'un cal fibreux ; mais, eu égard à cette circonstance, toujours à redouter, disons que le cal osseux est préférable, et que pour l'obtenir, la condition essentielle et indispensable est la mise en contact des surfaces osseuses avivées, et surtout l'immobilisation immédiate et consécutive.

Jusqu'ici les moyens employés pour obtenir cette immobilisation sont les suivants :

Les bandes de sparadrap agglutinatif ; les attelles et les bandes plâtrées ; la suture osseuse ; les clous d'acier.

Indications et contre-indications. — Dans les observations que nous avons citées, la résection ostéoplastique du pied par le procédé de Wladimiroff a été pratiquée 1 fois pour ulcère, 1 fois pour ostéite syphilitique, 1 fois pour fracture compliquée, 10 fois pour carie, et 3 fois pour ostéite tuberculeuse.

Disons en passant que, dans nos observations, les mots carie et ostéite tuberculeuse semblent, d'après les différents opérateurs, constituer deux maladies distinctes. Aujourd'hui, la carie et l'ostéite tuberculeuse sont synonymes ; elles forment une seule et même maladie, aboutissant aux mêmes résultats.

Nous voyons, de prime abord, que c'est surtout dans les cas d'affections osseuses que le chirurgien est appelé à pratiquer cette opération.

Les os malades une fois réséqués, on fait la coaptation et la suture des surfaces osseuses. Il peut arriver deux choses : ou bien, il n'y a pas de cal ; ou il y a formation d'un cal, soit fibreux, soit osseux ; c'est, du reste, ce qui arrive le plus souvent.

M. le professeur Feltz nous dit que la consolidation des deux surfaces osseuses réséquées et mises en contact dépend surtout de l'état anatomique des os réséqués. Lorsque ces os sont sains, tout se passe comme dans la formation du cal dans les fractures.

Lorsque ces os sont malades, il se présente deux cas : ou bien la lésion évoluera dans le sens de la régénération de l'os ; elle constituera alors une circonstance favorable au chirurgien.

Ou bien, les os réséqués seront frappés d'un processus pathologique de dégénérescence, c'est-à-dire que les éléments anatomiques nouveaux et anciens évolueront dans le sens d'une régression quelconque : dans ce cas, il y aura prédisposition à la non formation du cal.

Disons cependant que l'opération elle-même peut jouer, dans ce cas, un rôle favorable, en activant d'une façon toute spéciale par le traumatisme la nutrition de l'os.

Ces préceptes semblent devoir encourager le chirurgien à opérer, même lorsqu'il sera forcé de conserver une portion d'os malade.

Comme indications de l'opération, nous citerons toutes les lésions organiques et traumatiques de l'arrière-pied rendant la marche impossible, là où l'expectation et les autres moyens de traitement ne suffiront plus.

L'opération sera indiquée toutes les fois qu'il s'agira d'une lésion de la peau ou des os intéressant l'arrière-pied ; mais on devra s'abstenir, lorsque la lésion s'étendra à l'avant-pied et aux os de la jambe.

Il va sans dire que les jeunes sujets guérissent plus vite que les vieillards.

Un âge avancé n'est pas une contre-indication absolue de l'opération, mais à la condition que le patient ne présente aucune lésion organique capable de diminuer notablement sa force de résistance.

Il faudra donc tenir principalement compte, comme dans toute opération grave, de l'état général du malade, ainsi que le recommande avec tant d'autorité M. le professeur Verneuil.

Si la constitution était débilitée de par le fait de l'affection du pied elle-même, et que toute autre intervention chirurgicale ou médicale ait échoué, la faiblesse du patient serait une indication même pour l'opération.

Nous avons un exemple de cette heureuse influence dans l'observation VII, de M. le docteur Rohmer.

Le malade reprend des forces après la résection ostéoplastique. Plus tard, il retombe dans le marasme par suite d'une récidive locale plus intense, ce qui nécessite l'amputation de la jambe; et nous pourrions dire que notre malade serait presque guéri depuis cette opération, si une tuberculose pulmonaire du sommet droit et des lésions multiples de même nature du côté des os n'étaient venues aggraver son état.

Il y aura donc contre-indication à l'opération lorsque, au lieu d'être locale et bien limitée à un ou deux os, la lésion tendra à envahir le squelette osseux.

C'est ce que nous observerons le plus souvent dans le cas d'ostéite tuberculeuse, ostéite qui n'est point sous la dépendance d'un état local, mais d'une diathèse propre à l'individu.

Si, en effet, nous considérons les observations citées dans notre travail, nous verrons que, dans l'observation V, Griboff opéré pour ulcère a guéri assez promptement, et que le résultat a été satisfaisant. Nous verrons que le résultat a été le même dans l'observation VI, où le malade a été opéré pour fracture compliquée. Nous en dirons autant du malade opéré par Lauenstein pour ostéite syphilitique.

Le malade de Socin (observation IV), opéré pour carie, a obtenu promptement sa guérison. Mikulicz eut un résultat assez satisfaisant dans sa première opération (observation I), sur un malade atteint de carie.

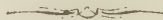
Lauenstein, de Hambourg, rapporte qu'ayant opéré 7 malades pour carie, il eut comme résultat : 4 guérisons, 2 morts de phtisie et une amputation secondaire de la jambe.

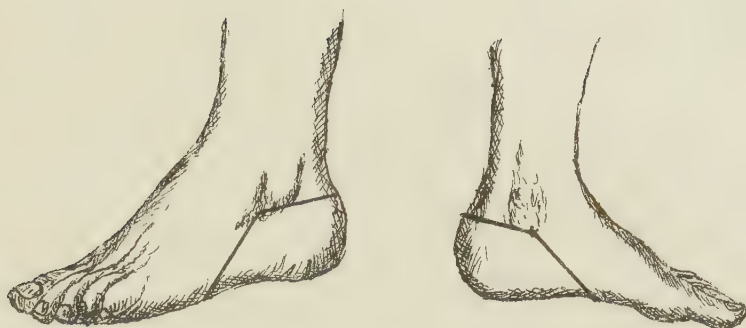
Si, maintenant, nous considérons les 3 cas d'ostéite tuberculeuse (d'après les opérateurs) où la résection ostéoplastique du pied fut exécutée par Mikulicz dans deux cas (observations II et III), et par le docteur Rohmer dans le troisième cas (observation VII), nous verrons que, dans les deux cas de Mikulicz, les résultats opératoires furent satisfaisants et que le pied des deux opérés ne présenta aucune récurrence locale. Ici, l'ostéite tuberculeuse était limitée et bien localisée. Mais, dans le cas du docteur Rohmer (observation VII), nous avons des lésions osseuses multiples et très étendues. La mortaise péronéo-tibiale était atteinte dans presque toute son étendue ; la lésion était déjà très avancée, car l'os était très friable et le stylet pénétrait sans effort, l'ostéite était intense au niveau des malléoles ; la lésion du tibia s'étendait à 2 centimètres au-dessus de la surface cartilagineuse, et le péroné semblait être malade sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Le calcaneum et l'astragale présentaient aussi des lésions, mais moins avancées.

Après l'opération, la lésion primitive reparut sur le tibia. Le sca-phoïde et le cuboïde, primitivement sains, devinrent le siège d'une ostéite raréfiante.

Ici, nous avons affaire à une récurrence qui menaçait d'envahir tout le pied.

Dans ce cas, on ne pouvait avoir recours qu'à l'amputation du membre.

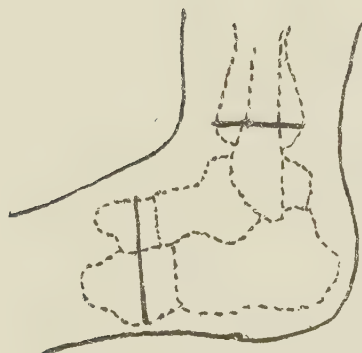




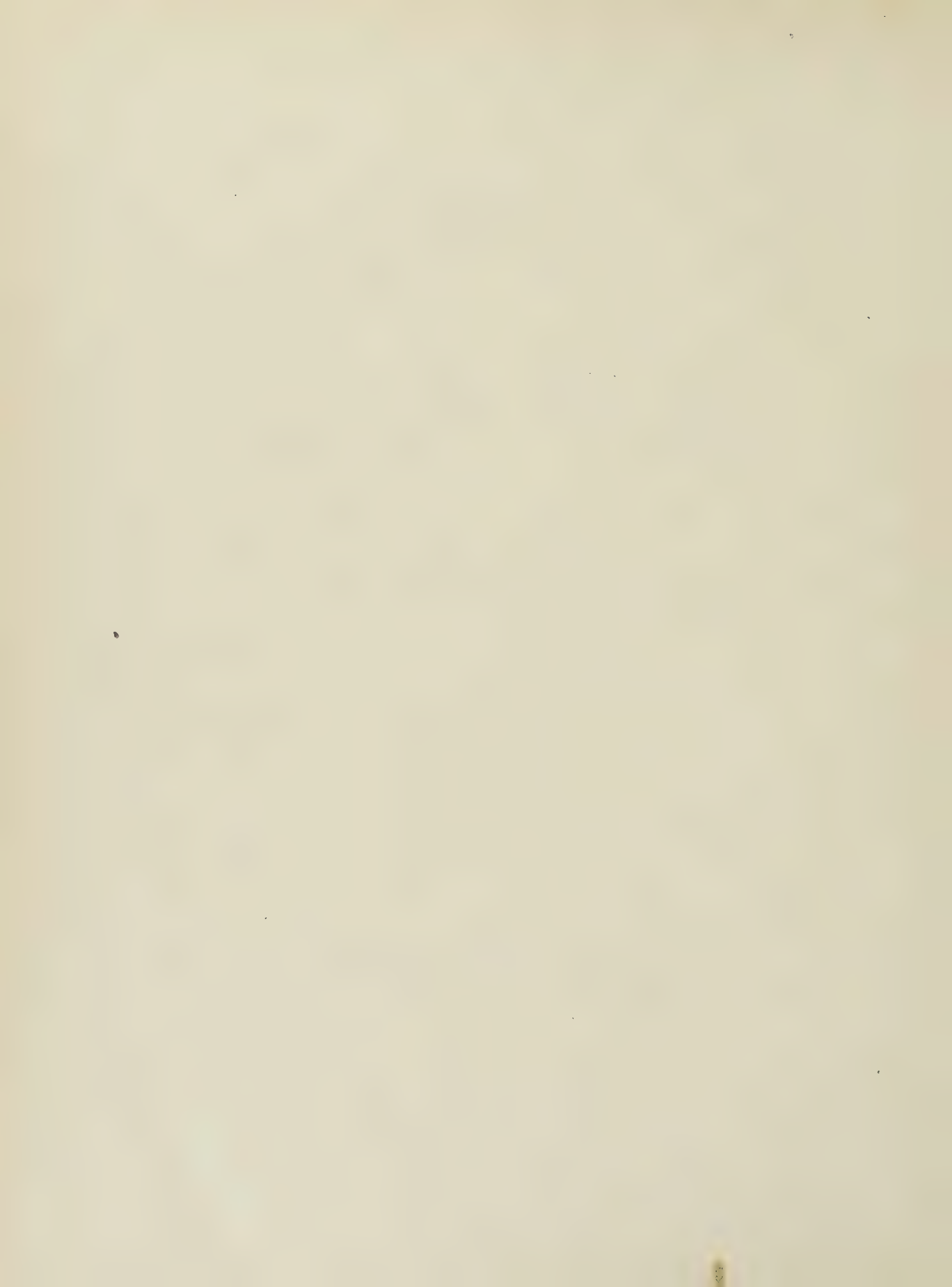
Face externe.

Face interne.

Incisions cutanées
(Opération de Wladimiroff.)



Sections osseuses telles qu'elles doivent être
pratiquées dans l'opération de Wladimiroff



CONCLUSIONS

1° La résection ostéoplastique du pied par le procédé de Wladimiroff est indiquée dans les cas de lésions chroniques de l'arrière-pied, lésions intéressant la peau, les os et le talon en particulier.

2° Pour que l'opération réussisse, il faut que la lésion ne soit étendue ni aux os de l'avant-pied, ni aux os de la jambe.

3° La mortalité à la suite de cette opération est nulle jusqu'ici. Les individus n'ont succombé qu'à la suite d'une généralisation de l'affection locale (tubercules ou autres).

Vu :

Le Président de thèse,
A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 3 juillet 1885.

Le Recteur,
M. MOURIN.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Plan.....	10
Historique.....	12
Procédé opératoire.....	17
Observations.....	21
Résultats de l'opération.....	37
Indications et contre-indications.....	39
Conclusions ...	44

